

Substitution Opiatabhängiger in Deutschland und Schleswig-Holstein: Status und Ausblick.

Holger Jahn

Anschrift: AMEOS Klinikum Heiligenhafen, Friedrich-Ebert-Straße 100, 23774 Heiligenhafen

E-Mail: holger.jahn@ameos.de

Wenn gerettete Menschenleben ein Hinweis auf erfolgreiche Interventionen in der Medizin sind, ist die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger sicher eine der wirksamsten psychiatrischen Behandlungsoptionen. Und das gilt auch weiter, obwohl seit 2017 im vierten Jahr infolge ein Anstieg Drogentoter in Deutschland zu verzeichnen ist. Starben im Jahr 2017 noch 1.272, so waren es 2021 bereits wieder 1.826 Menschen, und auch die Zahl, der an Überdosierungen mit Opioidsubstitutionsmitteln gestorbener Menschen stieg, um über 150%, auf 88. Trotzdem hat die Substitution in Deutschland tausende Leben gerettet und dabei sicher nicht nur das Leben Substituierter, sondern auch eigentlich Unbeteiligter, aufgrund reduzierter Beschaffungskriminalität und auch verhinderter Infektionen mit Hepatitis C und HIV. In internationalen Studien, die auch auf Deutschland angewendet werden können, liegt die Sterblichkeit Substituierter im Bereich der Gesamtbevölkerung, während sie bei nicht substituierten Opiatabhängigen 10-fach erhöht ist.

Wenn man bedenkt, dass in Deutschland erst 1968 Sucht, bzw. hier genauer erst einmal die Alkoholabhängigkeit, vom Bundessozialgericht als chronische Krankheit anerkannt wurde, sind wir hier weit gekommen.

Opioidsubstitution in Deutschland

2022 wurden 81200 opioidabhängige Menschen in Deutschland substituiert. Diese Zahl steigt seit über einem Jahrzehnt nur noch langsam an. Viele Fachleute nehmen an, dass damit bereits über 80% der für Substitution überhaupt geeigneten Abhängigen erreicht werden. Diese Zahl schätzt man auf etwa 100000 der wohl insgesamt rund 170000 Opioidabhängigen in Deutschland. Damit wäre dies einer der höchsten Versorgungsgrade bei einer psychiatrischen Erkrankung.

Über 2400 Ärzte beteiligten sich 2022 aktiv an der Substitutionsbehandlung. I. d. R. verfügten diese Ärzte verschiedener Fachrichtungen über eine suchtmmedizinische Qualifikation, etwa 20% der substituierenden Ärzte, meist Allgemeinärzte, nutzten eine Konsiliarregelung, mit der bei Hinzuziehung eines qualifizierten Arztes bis zu 10 Patienten behandelt werden dürfen. Diese Ärzte haben aber 2020 nur rund 1,5% aller Substitutionspatienten behandelt. Dies deutet bereits darauf hin, dass, obwohl ein Substitutionsarzt durchschnittlich 30 Patienten substituiert, der Median deutlich darunter liegt. 14 % der Ärzte (etwa 300) behandeln bereits 50% der Patienten meist in spezialisierten Praxen. 25% der Ärzte behandeln maximal 3 Patienten. Wir haben es also mit einer rechtsschiefen Verteilung zu tun. Darüber hinaus sinkt die Zahl der registrierten Substitutionsärzte seit Jahren kontinuierlich und mit zunehmender Geschwindigkeit.

Verwendete Substanzen

Jeweils knapp 37% der Patienten erhielten 2020 Methadon oder Levomethadon. Hierbei hat die Gabe von Levomethadon in den letzten Jahren zugenommen. 2002 erhielten noch 72% Methadon und nur 16% Levomethadon. 2022 setzte sich diese Entwicklung fort: 37,8%

erhielten Levomethadon, 34,5% Methadon. Von 10% (2002) auf 23,7% stieg der Anteil der mit Buprenorphin substituierten Patienten bis 2022. Für Buprenorphin ist seit Ende 2018 in der EU ein Depotpräparat verfügbar, das eine wöchentliche oder sogar nur monatliche Gabe ermöglicht, und für viele Substituierte eine noch freiere Lebensgestaltung, z. B. bei Auslandsreisen, in Aussicht stellt. Aus vorgenannten Zahlen folgt, dass nur ein verschwindend geringer Prozentsatz Substituierter andere Substanzen wie Diamorphin aka Heroin, retardiertes Morphin oder Codein erhält. Eine Substitution mit Diamorphin ist aktuell ohnehin nur in 7 Bundesländern in speziell zugelassenen Einrichtungen möglich. Nur knapp 1000 Patienten erhielten Diamorphin als Substitut. Stark verkürzt kann man sagen, dass Patienten mit weiter bestehendem Wunsch nach Sedierung eher zu Methadon und Levomethadon greifen, Patienten mit Wunsch nach einem klaren Kopf eher zu Buprenorphin. Beikonsum ist in der Methadon- und Levomethadongruppe eher zu finden, eine höhere soziale Einbindung in Beruf und Familie eher in der Buprenorphingruppe. Ähnliche Differenzierungen sind auch bei anderen Parametern zu finden, z.B. Wunsch nach Abstinenz, etc.; allerdings mit großer individueller Varianz.

Die Lage in Schleswig-Holstein

In Schleswig-Holstein wurden im 1. Quartal 2022 3254 Menschen substituiert, davon allein 1350 in Kiel. Die Stadt Kiel mit seiner großen Drogenszene gilt als Substitutionshauptstadt Deutschlands mit mehr als 540 gemeldeten Substituierten pro 100000 Einwohnern, wobei hier aber die umliegenden Kreise teilweise mitversorgt werden. 2020 gab es in Schleswig-Holstein noch 119 Ärzte mit Genehmigung zu Substitution, im 1.Quartal 2022 94 und im 1. Quartal 2023 noch 88. Hier deutet sich bereits ein Problem an. Derartige Rückgänge sind in ganz Deutschland zu beobachten.

Zu lösende Probleme

In den nächsten Jahren ist mit folgenden Entwicklungen zu rechnen, die sich bereits heute abzeichnen: Zum einen müssen wir wieder mit einer Zunahme bestimmter Suchterkrankungen rechnen, insbesondere mit einer Zunahme polytoxikomanen Drogen- und Medikamentenmissbrauchs, während sich z. B. die Alkoholabhängigkeit wohl differenzierter entwickeln wird, mit einer weiteren Abnahme problematischen sozialen Trinkens und Alkoholmissbrauches und einer relativen Zunahme schwerer Alkoholabhängigkeit. Diese Suchtpatienten werden häufiger als früher weitere psychiatrische Komorbiditäten aufweisen und sozial abgehängt sein. Wir beobachten schon jetzt eine große Zunahme von Obdachlosigkeit bei dieser Gruppe. Dies wird die Behandlung dieser Menschen nicht einfacher machen. Auch wird der Anteil älterer Suchtkranker zunehmen. Ein Nebeneffekt der insgesamt sich verbessernden Versorgung in den vorhergehenden Jahren. Der demographische Wandel wird aber besonders bei den Ärzten einschlagen. Schon jetzt werden händeringend Ärzte in allen Bereichen gesucht. In Schleswig-Holstein kann z. B., euphemistisch gesagt, der öffentliche Gesundheitsdienst nur mühsam stabil gehalten werden. Wir bilden in Deutschland seit Jahren zu wenige Ärzte aus. Auch arbeiten heute – wahrscheinlich sinnvollerweise- Ärzte weniger Stunden und aufgrund der überbordenden Bürokratie und Mißtrauenskultur leider wohl auch ineffizienter als früher. Der durchschnittliche Arzt dokumentiert längere Zeit und häufig mehrfach das Gleiche in verschiedenen Systemen, als tatsächlich zu behandeln. Krankenkassen hoffen weiterhin vergeblich, dass dies Kosten einspart. Viele Absolventen medizinischer Studiengänge

kommen überhaupt nicht mehr in einer Klinik oder Praxis an, sondern wechseln gleich in lukrativere und familienfreundlichere Gebiete, entwickeln Software und Gesundheits-Apps, gehen in die Beratungsbranche, als z. B. Systemanalysten, oder gleich ins Ausland. Mit der immer noch recht soliden Medizinerbildung in Deutschland können sie heute ohne Probleme auch Bürgermeister von Hamburg oder EU-Kommissionpräsident werden, sie müssen sich nicht in Nachtschichten beschimpfen und verprügeln lassen. Für die Altersverteilung der Substitutionsärzte müssen wir leider damit rechnen, dass in den nächsten Jahren mehr als ein Drittel aufhören wird. Dies sind insbesondere jene Ärzte, die hoch engagiert in den letzten Jahrzehnten die Substitution oft auch als ihr politisches und ideologisches Projekt gesehen haben, und hoch engagiert überhaupt erst aus der Taufe gehoben haben. Viele dieser Kollegen arbeiten heute noch weit im Rentenalter weiter, aber alles kommt einmal zu einem Ende. Dies trifft nun auf eine nachfolgende Medizinergeneration mit z. B. nur noch knapp 500 Facharztprüfungen pro Jahr im Fach Psychiatrie und Psychotherapie in ganz Deutschland. Viele dieser Kollegen wollen nur noch Teilzeit arbeiten und meiden Bereiche mit schwierigen Patienten. Als was gelten wohl Substitutionspatienten, wenn auch oft fälschlich? Auch entwickelt sich Sucht im Fach Psychiatrie zunehmend zum Randthema und der beobachtbare Abbau von Behandlungsplätzen aufgrund von Personalmangel trifft oft die Suchtbehandlungsplätze. Dies ist auch in Schleswig-Holstein zu beobachten und wird die Neigung ärztlicher Kollegen in diesem Bereich zu arbeiten wahrscheinlich weiter reduzieren. Fachärzte anderer Gebiete mit suchtmmedizinischer Zusatzqualifikation überlegen oft, inwieweit Substitutionspatienten Wartezimmerfähig sind und sich mit der übrigen Klientel vertragen. Diese Abwägung fällt leider aktuell oft negativ aus. Als wichtigster Punkt erscheint aber vielen Ärzten der zusätzliche bürokratische und forensische Aufwand bei einem Einstieg in die Substitutionstherapie. Viele Kollegen befürchten eine Kriminalisierung ihres ärztlichen Handelns und strafrechtliche Konsequenzen bei Problemen mit Substitutionsbehandlungen. Hier wirken jahrealte Gerichtsverfahren nach, bei denen Kinder z. B. auf tödliche Dosen Methadon ihrer Eltern zugreifen konnten und die Schuld dann auch bei den behandelnden Ärzten gesucht wurde. Hinzu kommen Abgaberegeln für das Substitut im BtMG, die obwohl zuletzt gelockert, die Behandlung dieser Patienten immer noch unglaublich zeitaufwendig gestalten, selbst wenn die Patienten sehr stabil eingestellt sind.

Eine positive Auswirkung der Coronapandemie betraf die „Möglichkeit, Take-home-Verschreibungen nicht nur im Rahmen einer persönlichen, sondern auch infolge einer telemedizinischen Konsultation auszuhändigen bzw. zu übermitteln (siehe § 5 Abs. 8 BtMVV und Kap. 4 der BÄK-Richtlinie). Jedoch muss in einem Zeitraum von 30 Tagen mindestens ein persönlicher Kontakt stattfinden. Regelung zur Take-home-Verschreibung bei ausnahmsweiser eigenverantwortlicher Einnahme des Substitutionsmittels (siehe § 5 Abs. 8 BtMVV). Das Substitutionsmittel kann in diesem Fall, sofern die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, in der für bis zu sieben aufeinander folgenden Tagen benötigten Menge verschrieben werden.“ Es gab auch eine „Ausweitung des Personenkreises, der das Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch überlassen darf. Neben medizinischem, pflegerischem und pharmazeutischem Personal darf auch anderes geeignetes Personal in begründeten Fällen, in denen die Abgabe nicht anders gewährleistet werden kann, eingesetzt werden, sofern es von der substituierenden Ärztin oder dem substituierenden Arzt eingewiesen wurde (siehe § 5 Abs. 9 BtMVV und Kapitel 5 der BÄK-Richtlinie).“

Diese Ausnahmeregelungen während der Coronapandemie wurden jetzt ab April 2023 in das BtMG dauerhaft übernommen. Dies kann allerdings nur ein erster Schritt sein.

Teilweise stabilisiert sich dieses Regelmonster auch durch die Honorierungsregeln der Kassenärztlichen Vereinigungen. Viele Schwerpunktpraxen finanzieren und rechnen sich betriebswirtschaftlich nur über die häufig erzwungenen täglichen Kontakte zur Mitteleinnahme. So erschweren die Abrechnungsmodalitäten aktuell z. B. die Verschreibung und Gabe der seit einigen Jahren verfügbaren Buprenorphin-Depotmedikation. Im Vergleich zu einem oral eingestellten Patienten, verdient hier der Arzt nichts mehr, sondern macht eher Verlust.

Zusammengefasst steht zu befürchten, dass in den nächsten Jahren, die schon jetzt schlechte flächendeckende Versorgung von Substitutionspatienten, zusammenbrechen wird. Substitutionspatienten werden ihrem Substitutionsarzt hinterherziehen müssen und überhaupt auf einen Behandlungsplatz hoffen müssen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und einige Ministeriale hoffen, die Versorgung sicherstellen zu können, wenn sich psychiatrische Institutsambulanzen in den Regionen stärker an der Versorgung beteiligen, um ausfallende niedergelassene Praxen zu ersetzen. Unter den derzeitigen Bedingungen wird dies kaum möglich sein. Die dort arbeitenden Kollegen würden wohl eher kündigen, als aktuell noch notwendige Organisationsänderungen mitzumachen. Es gibt dort aktuell eine 5 Tageweche und schon genug Ärger ohne eine Substitutionsambulanz mit Einnahme unter ärztlicher Aufsicht an 7 Tagen in der Woche und drohender Kriminalisierung unter dem BtMG. Außerdem ist man dort schon voll beschäftigt, die wegbrechende psychiatrische Grundversorgung abzufedern.

Was müsste passieren?

Unbestritten wäre eine breite Verfügbarkeit von Substitutionsbehandlung für alle geeigneten Opiatabhängigen weiter wünschenswert, sowohl für die Betroffenen als auch gesamtgesellschaftlich. Dazu müssten wir es irgendwie hinkriegen, dass weniger Ärzte und Personal in Zukunft insgesamt mehr Patienten hinreichend versorgt bekommen. Das kann nur gelingen, wenn das BtMG deutlich entschlackt wird, z. B. höhere Abgabemengen für längere Zeit möglich wird und stabil eingestellte Patienten weniger Arztkontakte brauchen. Hierzu gibt es bereits über die letzten Jahre und die Coronapandemie ab 2020 eine Entwicklung. Dazu muss den Patienten, wenn geeignet, mehr zugetraut und auch vertraut werden. Die Haftung für substituierende Ärzte gehört minimiert und im Umfang klarer definiert, die Dokumentation massiv gestrafft und vereinfacht. Die derzeitigen Regelungen sind weiter widersprüchlich und dysfunktional, d. h. sie haben wenigstens die Funktion bei Bedarf immer einen Sündenbock zu finden. Klar ist auch, dass suffiziente, neue Regelungen mit Nebenwirkungen kommen werden, und dies auch kommuniziert werden muss. Wenn es bei einer gelockerten Abgabepaxis dann zu mehr Toten durch Überdosierungen und Mischkonsum kommen sollte, was keineswegs ausgemacht ist, sollte dies akzeptiert werden. Vielleicht beobachten wir dies aber auch schon. 2021 gab es bundesweit wieder 88 Tote durch Überdosierungen mit Substitut. Das Abrechnungssystem muss so geändert werden, dass auch weniger hoch frequente Behandlungssettings auskömmlich finanziert werden und Therapieinnovationen wie Depotpräparate tatsächlich bei den Patienten ankommen und nicht aus betriebswirtschaftlichen und forensischen Gründen insbesondere von den Schwerpunktpraxen nicht genutzt werden, obwohl sie für Patienten mehr Sicherheit und Lebensqualität ermöglichen können. Stabile Patienten müssten ohne Probleme von ihrem Hausarzt weiter versorgt werden können. Hierzu müssen die Hürden für diese Kollegen sich am System zu beteiligen massiv reduziert werden. Am besten hätten sie bei stabilen Substitutionspatienten mit dem BtMG nicht mehr zu tun als bei

ihren übrigen mit Opiaten versorgten Schmerzpatienten und würden auch nicht mehr und anders dokumentieren müssen. Auch ein finanziertes Delegationsverfahren wäre zu überprüfen, damit Schwerpunktpraxen ihre stabilen Patienten abgeben könnten, ohne um ihre Mischkalkulation fürchten zu müssen. Vielleicht ließen sich so mehr Niedergelassene bewegen, im Konsiliarverfahren an der Substitutionsbehandlung teilzunehmen und so flächendeckende Versorgung zu ermöglichen. Wichtig ist auch die im BtMG jetzt mögliche Ausweitung der Einrichtungen, in denen das Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden darf, auf Anstalten und Einrichtungen des Justizvollzugs (siehe § 5 Abs. 9 BtMVV).

Leider finden sich viele Opiatabhängige im Justizvollzug wieder. Anstatt hier weiter zur Drogenkriminalität beizutragen, sollte die Zeit dort aktiv genutzt werden, Drogenabhängige bei Wunsch unter den kontrollierten Bedingungen des Vollzugs stabil auf ein Substitut einzustellen. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte sieht dies übrigens auch so. Dem Drogenproblem im Strafvollzug wäre so sicher eher zu begegnen, als immer noch weiter die Verteilung sauberer Spritzen zu behindern, und sich so nebenbei selbst blinder für das offenkundige Drogenproblem in der Haft zu machen. Wichtig wäre auch eine entsprechende Entlassplanung in den Haftanstalten, die eine kontinuierliche Weiterbehandlung ermöglichen sollte, anstatt gefährliche Abbrüche zu riskieren.

Lösungen für all diese Probleme sind m. E. durchaus möglich. Allerdings erscheint mir das ideologische und bürokratische Framing der Beteiligten und das institutionelle Beharrungsvermögen weiter ungünstig. Es geht uns in Politik, Gesundheitswesen und Jurisprudenz, im Unterschied zu den direkt Betroffenen, vermutlich immer noch nicht schlecht genug. Die zunehmenden Kündigungen von Mitarbeitern in der Psychiatrie bei ähnlichen Entwicklungen in diesem Fach lassen aber hoffen, dass es bald zu deutlichen tektonischen Bewegungen kommen wird.

Oder mit den Worten von Peter Parker: "Now, I am not a pessimist by nature, but I have got the feeling things are taking a definite downward turn."

Weiterführende Quellen:

https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2023.html

<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/public-health/suchtmedizin/illegale-drogen/substitutionsgestuetzte-behandlung-von-opioidabhaengigen>

<https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22documentcollectionid%22:%5B%22JUDGMENTS%22,%22DECGRANDCHAMBER%22,%22ADMISSIBILITY%22,%22ADMISSIBILITYCOM%22%5D,%22itemid%22:%5B%22001-165758%22%5D%7D>

Der vorstehende Artikel wurde von der Firma Camurus vermittelt. Der Autor erhielt kein Honorar, Anm. Forum Substitutionspraxis